

UPAYA MENINGKATKAN EFEKTIFITAS POLA NAPAS PADA PASIEN FRAKTUR DISLOKASI SERVIKAL DI RSOP SURAKARTA



PUBLIKASI ILMIAH

Disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan Program Studi Diploma III pada
Jurusan Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan

Oleh:

DINA LUSIANA

J 200 130 007

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA**

2016

HALAMAN PERSETUJUAN

**UPAYA MENINGKATKAN EFEKTIFITAS POLA NAPAS PADA PASIEN
FRAKTUR DISLOKASI SERVIKAL DI RSOP SURAKARTA**

PUBLIKASI ILMIAH

Oleh:

DINA LUSIANA
I 200 1300 007

Telah diperiksa dan disetujui untuk diuji oleh:

Dosen Pembimbing



Fahrur Nur Rosid, S. Kep., Ns., M. Kes
NIP. 197510092005011001

HALAMAN PENGESAHAN

**UPAYA MENINGKATKAN EFEKTIFITAS POLA NAPAS PADA PASIEN
FRAKTUR DISLOKASI SERVIKAL DI RSOP SURAKARTA**

OLEH

DINA LUSIANA

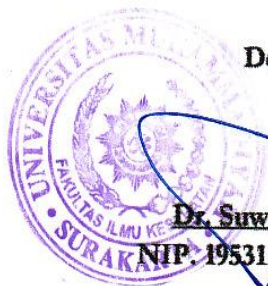
J 200 130 007

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji
Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Surakarta
pada hari Senin, 25 Juli 2016
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Dewan Penguji:

1. Fahrur Nur Rosid, S.Kp., Ns., M.Kep. (.....)
(Ketua Dewan Penguji)
2. Arina Maliya, S.Kep., M.Si.Med. (.....)
(Anggota Dewan Penguji)

Dekan,



Dr. Suwaji M.Kes.

NIP. 195311231983031002

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam studi kasus karya tulis ilmiah ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar diploma di suatu perguruan tinggi dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oranglain, kecuali secara tertulis diacu dalam naskah dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Apabila kelak terbukti ada ketidakbenaran dalam pernyataan saya diatas, maka akan saya pertanggungjawabkan

Surakarta, 30 Mei 2016

Penulis



DINA LUSIANA

J 200 130 007

UPAYA MENINGKATKAN EFEKTIFITAS POLA NAPAS PADA PASIEN FRAKTUR DISLOKASI SERVIKAL DI RSOP SURAKARTA

Dina Lusiana, Fahrur Nur Rosid
Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Surakarta
Jl. Ahmad Yani, Tromol Pos 1, pabelan Kartasura
Email: dinalusiana5@gmail.com

Abstrak

Pasien dengan cedera servikal (fraktur dislokasi cervical) beberapa akan mengalami cedera spina tidak stabil dapat memberikan resiko tinggi injury pada korda sehingga menimbulkan masalah aktual atau resiko pola nafas tidak efektif dan penurunan curah jantung akibat hilangnya kontrol organ visera. Latihan napas dalam merupakan latihan pernapasan dengan teknik bernapas secara perlahan dan dalam, menggunakan otot diafragma, sehingga memungkinkan abdomen terangkat perlahan dan dada mengembang penuh. Tujuan penulisan karya ilmiah ini untuk memahami asuhan keperawatan pada Tn. HB serta menganalisis adanya pengaruh pemberian napas dalam terhadap pasien dengan ketidakefektifan pola napas pada pasien Fraktur dislokasi cervical. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan dengan cara wawancara kepada pasien dan keluarga, observasi, pemeriksaan fisik, catatan perkembangan dari Rekam Medik pasien, serta berbagai literatur buku maupun jurnal. Studi kasus dilakukan di ruang Parang Seling RSOP Soeharso Surakarta pada tanggal 28 Maret 2016 sampai 2 April 2016. Hasil penelitian menunjukkan adanya perubahan yang bermakna setelah dilakukan latihan napas dalam, hal ini dibuktikan dengan hasil pada hari 2 dan 3 dengan hasil akhir evaluasi yaitu respiratori rate: 20 kali per menit, serta tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan. Kesimpulannya adalah pemberian latihan napas dalam mampu mengurangi sesak napas serta memberikan manfaat dalam memperbaiki pola napas pada pasien Fraktur dislokasi cervical.

Kata kunci: Fraktur dislokasi cervical, Latihan napas dalam, pola napas, sesak napas.

***EFFORT TO IMPROVE THE EFFECTIVENESS OF BREATH
PATTERN OF DISLOCATION SERVICAL FRACTURE'S PATIENCE IN
RSOP SURAKARTA***

Dina Lusiana, Fahrur Nur Rosid
Study Program DIII of Nursing Faculty of Health Sciences
Muhammadiyah University of Surakarta
Jl. Ahmad Yani, Tromol Pos 1, pabelan Kartasura
Email: dinalusiana5@gmail.com

Abstract

Patients with cervical injury (cervical dislocation fracture) some patient will experience unstable spine injury can give high risk of injury cord, causing an actual problem or risk of ineffective breathing pattern and decreased cardiac output due to loss control of visceral organ. Deep breathing exercise is a breathing exercise with breathing techniques slowly and deep, using the diaphragma muscle, thus allowing abdomen and chest lifted slowly and swelled. The objective of the research paper is to understand nursing care for patients with a diagnosis cervical dislocation fracture and determine the effect of giving a deep breath of the patient with ineffectiveness of breathing patterns in patient with cervical dislocation fracture. This research uses descriptive case study approach on Mr. HB by performing nursing care, ranging for assessment, intervention, diagnose of nursing implementation, and evaluation of nursing by interviewing the patient and family, observation, physical examination, record the development of the medical record patient, some books and journal literature. The case studies conducted in the Parang Seling RSOP Soeharso Surakarta on March 28th, 2016 to April 2th, 2016. The results showed significant changes after practice a deep breath, this is evidenced by the results on the second day and third day with the final result of evaluation respiratory rate : 20 times per minute, and without using an accessory muscles of breathing. The conclusion is the provision of breathing exercises can reduce breathlessness and provide benefits in improving breathing patterns in patients with cervical dislocation Fracture.

Keyword: cervical dislocation fraktur, deep breathing exercise, breathing pattern, breathless

1. PENDAHULUAN

Pasien dengan cedera servikal (fraktur dislokasi cervical) beberapa akan mengalami cedera spina tidak stabil dapat memberikan resiko tinggi injury pada korda sehingga menimbulkan masalah aktual atau resiko pola nafas tidak efektif dan penurunan curah jantung akibat hilangnya kontrol organ visera (Muttaqin, 2011). Menurut jurnal Arifin & Jefri (2013) Cedera servikal merupakan cedera tulang belakang yang paling sering menimbulkan kecacatan dan kematian, dari beberapa penelitian terdapat korelasi antara tingkat cedera servikal dengan morbiditas dan mortalitas, yaitu semakin tinggi tingkat cedera servikal maka semakin tinggi pula morbiditas dan mortalitasnya.

World Health Organization (WHO) menyatakan pada tahun 2008 telah terjadi sekitar 13 juta kasus fraktur di dunia dengan prevalensi 2,7 % dan meningkat pada tahun 2009 menjadi 18 juta orang dengan prevalensi 4,2 %. Tahun 2010 meningkat menjadi 21 juta orang dengan prevalensi 3,5 % (Wardani, 2013). Fraktur tersebut didalamnya termasuk insiden kecelakaan, cedera olahraga, bencana kebakaran, dan lain sebagainya (Padila, 2012). Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 kasus fraktur di Indonesia disebabkan oleh cedera karena jatuh, kecelakaan lalu lintas, dan trauma benda tajam/tumpul. Terdapat 1.775 orang mengalami fraktur dari 45.987 kasus kejadian jatuh (Depkes RI, 2007). Menurut Helmi (2011) Sekitar 10 % pasien dengan fraktur di basis krani, wajah, atau torakal bagian atas mengalami fraktur servikal.

Pasien dengan penurunan kesadaran yang dikirim ke Instalasi Gawat Darurat akibat kecelakaan lalu lintas sekitar 10% selalu menderita cedera servikal, baik cedera pada tulang servikal, jaringan penunjang, maupun cedera pada cervical spine. Kecelakaan lalu lintas dan terjatuh adalah penyebab sebagian besar fraktur tulang servikal. Trauma pada servikal subaksis (C3–7) lebih umum terjadi dibanding servikal C1 dan C2. Trauma servikal sering terjadi pada pasien dengan riwayat kecelakaan kendaraan bermotor dengan kecepatan tinggi, trauma pada wajah dan kepala, terdapat defisit neurologis, nyeri pada leher, dan trauma multiple (Arifin & Jefri, 2013). Cedera servikal adalah suatu keadaan cedera pada tulang belakang cervical, diantaranya dislokasi cervical adalah lepasnya salah satu struktur dari tulang cervical, serta fraktur cervical ialah terputusnya hubungan dari badan tulang vertebra cervicalis (Helmi, 2011).

Menurut data dari RSOP Prof.Dr.R.Soeharso Surakarta keluhan yang biasanya menjadi masalah bagi pasien dengan cedera cervical diantaranya yaitu sesak nafas. Sesak nafas yang dialami pasien akan menimbulkan terjadinya gangguan pola napas. Salah satu upaya untuk meningkatkan keefektifan pola napas bagi pasien cedera cervical ialah latihan pernapasan diantaranya yaitu latihan napas dalam (*deep breathing exercise*) yang dapat mengatur dan mengkoordinir kecepatan pernapasan sehingga bernapas lebih efektif dan mengurangi kerja pernapasan (Dermawan & Jamil, 2013).

Penulisan karya tulis ilmiah ini bertujuan untuk melakukan asuhan keperawatan pada Tn. HB serta menganalisis keefektifan pemberian napas dalam terhadap gangguan pola napas dengan fraktur-Dislokasi cervical yang dirawat di Ruang Parang Seling RSOP Soeharso Surakarta. Berdasarkan uraian diatas maka penulis tertarik untuk mengangkat judul Karya Tulis Ilmiah “Upaya Meningkatkan Keefektifan Pola Napas Pada Pasien Fraktur Dislokasi Servikal di RSOP Surakarta”. Penelitian ini diharapkan bermanfaat sebagai data prognosis hasil perawatan pasien dengan cedera cervical (fraktur dislokasi servikal) di ruang parangseling dan dapat digunakan sebagai referensi bagi penelitian lainnya.

2. METODE

Metode ini disusun dengan menggunakan metode deskriptif yang menggambarkan mengenai keadaan pasien dengan sebenar-benarnya dan pengumpulan data dengan fakta-fakta yang ada, menganalisis data serta menarik kesimpulan dengan pendekatan studi kasus, meliputi pengkajian keperawatan, perumusan diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan

serta evaluasi keperawatan. Studi kasus dilakukan di ruang Parang Seling RSOP Soeharso Surakarta pada tanggal 28 Maret 2016 sampai 2 April 2016, penulis dalam memperoleh data menggunakan berbagai cara diantaranya dengan wawancara kepada pasien dan keluarga, observasi, pemeriksaan fisik, melihat catatan perkembangan dari Rekam Medik pasien serta berbagai literatur buku maupun jurnal.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Anamnesis penting untuk dikaji tentang riwayat dan mekanisme trauma. Berbagai jenis kondisi trauma memberikan kontribusi terjadinya fraktur atlantoaksial, seperti trauma dari kecelakaan lalu lintas dengan kecepatan tinggi, tabrakan pejalan kaki dengan kendaraan, atau jatuh dengan kepala lebih dahulu dari ketinggian lebih dari 5 meter. Pasien juga didapatkan adanya defisit neurologis (Helmi, 2011).

Pengkajian terhadap Tn. HB penulis menggunakan metode wawancara, observasi, membuka catatan rekam medik dan pemeriksaan fisik. Pengkajian dilakukan tanggal 29 Maret 2016 pukul 07.00 didapatkan Tn. HB usia 61 tahun, jenis kelamin: laki-laki, alamat: Semanggi, pendidikan: SMA, agama: Kristen dengan diagnosa medis fraktur dislokasi servikal V-VI. Pada saat dilakukan pengkajian keluhan utama yang disampaikan oleh pasien adalah sesak saat bernapas. Pasien menjelaskan bahwa sebelumnya tanggal 13 Maret 2016 pasien kejatuhan pagar besi dari depan tubuh lalu pasien jatuh dan terdapat sedikit luka dikepala pasien, setelah itu pasien dibawa ke RS Dr. Oen namun hanya dijahit kepala yang luka dan dinyatakan tidak terjadi masalah, namun pasien menyatakan setelah beberapa hari pasien mengeluh sesak saat bernapas serta leher sakit untuk digerakkan. Setelah itu pasien datang tanggal 18 Maret 2016 ke RS Dr Oen untuk memeriksakan jahitan dikepala serta menanyakan tentang keluhan tersebut, lalu dilakukan CT-scan, dari RS Dr Oen menyarankan untuk dirujuk ke RSOP Surakarta.

Pasien mengatakan datang ke IGD RSO Soeharso dengan rujukan dari Dr.Oen pada tanggal 18 Maret 2016 dengan keluhan saat leher dan kepala digerakkan terasa sakit dan sesak saat bernapas. Hasil CT-Scan menunjukkan bahwa pasien mengalami cedera dibagian servikal. Dokter menganjurkan untuk dirawat inap. Setelah itu di IGD pasien dilakukan pemasangan infus RL (*Ringer Laktat*) 20 tpm (tetes per menit), kateter, dan oksigen 3 literpermenit, pasien dipindah keruang ICU. Senin, 21 maret 2016 dilakukan pemasangan traksi skeletal berupa *Garner Well Tongs* dengan berat 11kg dan pemasangan *Collar*. Lalu pada tanggal 23 Maret 2016 pasien dipindahkan keruang rawat inap Parangseling D1. Saat dilakukan pengkajian tanggal 29 Maret 2016 pasien mengatakan masih sesak napas, terlihat penggunaan otot bantu pernafasan berupa pengangkatan bahu, dan retraksi dinding dada. Selain itu, pasien juga mengeluh telapak kaki terasa tebal serta mengeluh tidak bisa beraktivitas sendiri. Pasien juga mengeluh sakit pada punggung karena terdapat luka lecet akibat sering berbaring dan tidak melakukan aktivitas. Terpasang oksigen 3 liter per menit, terpasang infus RL 20 tpm ditangan kiri, kateter sudah dilepas pada tanggal 28 Maret 2016 pukul 11.00 WIB. Riwayat penyakit yang diderita, sebelum sakit ini pasien belum pernah mengalami kecelakaan kerja lainnya. Pasien mengatakan dari keluarga tidak ada penyakit keturunan maupun menular.

Pengkajian pasien trauma diawali seperti biasa yaitu jalan napas, pernapasan, dan sirkulasi, kemudian diikuti dengan pemeriksaan neurologi (Nayduch, 2014). Pemeriksaan fisik awal yang dilakukan adalah menentukan adanya cedera spina tidak stabil, dengan melakukan pemeriksaan keadaan umum, tanda-tanda vital (TTV), adanya defisit neurologis, dan penurunan status kesadaran pada fase awal kejadian trauma (Helmi, 2011). Pemeriksaan fisik didapatkan hasil sebagai berikut, keadaan umum: baik, kesadaran: *compos mentis* : E (*eye*) 4, V (*verbal*) 5, M (*Motorik*) 5, TTV: TD (tekanan darah): 130/90 mmHg, Nadi: 84 kali per menit, *respirasi*: 28 kali per menit, nafas dangkal, S: 36,7°C, BB sebelum sakit: 60 kg, BB setelah sakit: 56 kg, TB: 168 cm, IMT (Indeks Masa Tubuh): 19,8 kg/m². Mukosa bibir pasien kering, terpasang oksigen 3 liter per menit, dan pasien mengatakan

kehilangan nafsu makan karena kesulitan dalam menelan. Pada pemeriksaan thorax paru didapatkan *inspeksi*: terdapat penggunaan otot bantu pernapasan (retraksi dinding dada), adanya cuping hidung, *palpasi*: fremitus taktil dan vokal meningkat, *perkusi*: sonor, *auskultasi*: suara nafas *whizzing*. Pada pemeriksaan jantung didapatkan *inspeksi*: ictus cordis tampak, *palpasi*: ictus cordis kuat, *perkusi*: pekak, *auskultasi*: tidak ada bunyi tambahan, bunyi jantung I-II reguler (lup-dup). Pemeriksaan abdomen didapatkan *inspeksi*: tidak ada lesi, warna coklat muda, *auskultasi*: peristaltik usus 10 kali per menit, *palpasi*: tidak teraba massa, tidak ada nyeri tekan, kandung kemih teraba kosong, *perkusi*: *tympani*.

Pemeriksaan fokus pada pasien dengan riwayat trauma meliputi *look*, *feel*, dan *move* (Helmi, 2011). Pemeriksaan fokus pada Tn.B sebagai berikut leher *look*: terpasang *collar* sejak tanggal 21 Maret 2016, kulit disekitar *collar* terkelupas. *Feel*: pasien mengatakan sudah tidak nyeri pada bagian leher, *move*: pasien tidak mampu melakukan pergerakan hal ini sesuai dengan teori Digiulla (2014) bahwa kelemahan otot terjadi pada area yang tidak digerakkan. Ekstremitas atas, *look*: terpasang infus RL 20 tpm ditangan kiri pasien sejak tanggal 18 Maret 2016, terpasang *garner- wells tongs* dikepala pasien dengan berat 11kg sejak tanggal 21 Maret 2016, terpasang oksigen 3 literpermenit sejak tanggal 18 Maret 2016, *feel*: tidak ada nyeri tekan dikedua tangan pasien, *move*: pasien dapat melakukan pergerakan namun tidak bisa dengan bebas. Ekstremitas bawah, *look*: kateter sudah dilepas tanggal 29 Maret 2016 jam 11.00, terlihat sedikit kesulitan dalam melakukan pergerakan, *feel*: tidak terdapat nyeri tekan, *move*: pasien dapat melakukan pergerakan namun tidak dapat melawan tahanan yang diberikan. Sesuai dengan teori Nayduch (2014) yang menyatakan bahwa adanya aktivitas motorik abnormal setelah terjadi trauma berupa kelemahan, fungsi hilang, ketidakmampuan melawan gaya gravitasi.

Pengkajian pola fungsional kesehatan Gordon didapatkan pola aktivitas dan latihan pasien didapatkan dalam beraktivitas pasien mengeluh sesak napas walaupun hanya dalam keadaan berbaring, pada pengkajian kemampuan perawatan diri didapatkan hasil pasien makan/minum, serta *toileting* dibantu oranglain dan alat, mandi, berpakaian, mobilitas ditempat tidur, berpindah tempat, serta ROM pasien tergantung total sesuai dengan jurnal Angela (2008) yang menyatakan bahwa pemeriksaan lingkup gerak sendi (ROM = *range of motion*) sangat penting untuk mendeteksi keterbatasan gerak di setiap segmen. Pola istirahat dan tidur, pasien mengatakan jika malam susah untuk tidur dengan keluhan sedang memikirkan sesuatu. Pola koping dan toleransi stress, jika pasien ada masalah maka akan dibicarakan dengan keluarga, namun kadang pasien sering melamun dan merasa cemas dengan keadaanya.

Pemeriksaan Diagnostik trauma servikal diantaranya pemeriksaan MRI, pemeriksaan ini digunakan untuk menilai derajat kompresi pada korda (Helmi, 2011). Pemeriksaan MRI spinal servikal didapatkan kesan: tampak spondyloarthritis dan degenerasi diskus ringan, terutama pada segmen C4/5 C5/6 C6/7, disertai dengan bulging diskus intraspinal, dan tampak gambaran myelopathy atau tanda-tanda kontusio meduler pada level C6/7, selain itu tek terlihat abnormalitas lebih lanjut pada struktur tulang, diskus maupun neural lainnya dari sepanjang columna vertebralis cervicallis, terutama tak terlihat dengan spondyloarthritis SOL, atau tanda-tanda spondylitis. Pemeriksaan laboratorium tanggal 29 Maret 2016 ditemukan nilai hemoglobin 10,2 nilai normal: (13-17 g/dL), hematokrit 30, nilai normal:(40-54%), eritrosit 3,3, nilai normal: (4,5-5,5 juta/uL) dan kreatinin, nilai normal: 0,05 (0,5-1,1 mg/dL) semua nya berada di bawah normal.

Terapi yang diberikan tanggal 29 Maret 2016- 2 April 2016 berupa oksigen 3 literpermenit, infus RL 20 tpm, diberikan terapi farmakologi paracetamol apabila pasien mengeluh panas. Terapi konservatif yang dilakukan diantaranya pemasangan kasur dekubitus, pemasangan *garner well Tongs* 11kg sejak tanggal 21 maret 2016, pemasangan *collar* sejak tanggal 21 Maret 2016. Menurut Thomas(2011) pemasangan *gardner-wells tongs* sangat efektif untuk mereduksi fraktur dan dislokasi

vertebra servikalis. Tong yang dipasang dikepala atau difiksasi dikepala untuk memberikan traksi yang mengimobilisasi fraktur leher (Lukman, 2013). Pemasangan *collar* servikal (ban leher), penting untuk menjaga kesejajaran leher dalam posisi netral agar tidak terjadi kompresi korda (Muttaqin, 2011).

Pengkajian diatas didapatkan data fokus berupa *subjektif*, pasien mengatakan sesak saat bernapas. Pasien mengeluh kaki terasa baal dan lemah, pasien mengatakan tidak bisa beraktivitas sendiri, aktivitas sehari-hari dibantu oleh perawat dan istri. Pasien mengeluh sakit (perih) dibagian punggung karena lecet. Pasien mengatakan nafsu makan menurun karena kesulitan dalam menelan. Pasien juga mengatakan cemas, tidur sering terbangun karena memikirkan sesuatu tentang penyakitnya. Data *obyektif*, terpasang *collar* dan *garner wells tongs* dengan beban 11kg sejak tanggal 21 Maret 2016, terpasang oksigen 3 literpermenit, *respirasi rate*: 28 kali per menit, mukosa bibir pasien kering, terdapat sedikit sekret dihidung pasien, pasien terlihat menggunakan otot bantu pernapasan dalam bernapas, terdapat penggunaan cuping hidung, terdapat retraksi dinding dada, pasien terlihat gelisah, kurang istirahat, terdapat sedikit luka lecet dipunggung pasien, pasien makan hanya habis ½ porsi dengan diit TKTP (Tinggi Karbohidrat Tinggi Protein), *auskultasi* bising usus 10 kali per menit.

Diagnosa keperawatan yang ada pada teori dan ditemukan pada kasus Tn. HB yang pertama yaitu pola napas tidak efektif berhubungan dengan kelumpuhan otot diafragma. Ketidakefektifan pola napas adalah inspirasi dan atau ekspirasi yang tidak memberi ventilasi (Nurarif, 2013). Data yang mendukung yaitu data *subjektif* pasien mengatakan sesak saat bernapas, data *obyektif* terpasang oksigen 3 liter per menit, *respirasi rate*: 28 kali per menit, mukosa bibir pasien kering, terdapat sedikit sekret dihidung pasien, pasien terlihat menggunakan otot bantu pernapasan dalam bernapas, terdapat retraksi dinding dada.

Diagnosa yang kedua hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan. Menurut Nurarif (2013), hambatan mobilisasi fisik adalah keterbatasan pada pergerakan fisik tubuh atau salah satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah. Kompresi diskus memberikan manifestasi paralisis dan respon sistemik dengan munculnya keluhan mobilisasi fisik (Muttaqin, 2011). Data yang mendukung yaitu data *subjektif* pasien mengeluh kaki terasa baal dan lemah, pasien mengatakan tidak bisa beraktivitas sendiri, aktivitas sehari-hari dibantu oleh perawat dan istri, data *obyektif* terpasang *collar* dan *garner wells tongs* dengan beban 11 kg sejak tanggal 21 Maret 2016.

Diagnosa yang ketiga kerusakan integritas kulit berhubungan dengan tirah baring lama. Menurut Nurarif (2013) kerusakan integritas kulit adalah perubahan atau gangguan epidermis dan atau dermis. Data yang menunjang yaitu data *subjektif* Pasien mengeluh sakit (perih) dibagian punggung karena lecet, data *obyektif* terdapat sedikit luka lecet dipunggung pasien.

Diagnosa yang keempat resiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan *anoreksia*. Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik (Nurarif, 2013). Dibuktikan dari data *subjektif* pasien mengatakan nafsu makan menurun karena kesusahan dalam menelan, data *obyektif* pasien makan hanya habis ½ porsi dengan diit TKTP, berat badan sebelum sakit 60kg, berat badan setelah sakit: 56kg, tinggi badan: 168 cm, IMT: 19,8 kg/m², auskultasi bising usus 10 kali per menit.

Diagnosa yang terakhir adalah ansietas berhubungan dengan prognosis penyakit. Menurut (Nurarif, 2013) Ansietas adalah perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran yang samar disertai respon autonom (sumber sering kali tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu), perasaan takut yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya. Data *subjektif* pasien juga mengatakan cemas, tidur sering terbangun karena memikirkan sesuatu tentang penyakitnya, data *obyektif* pasien terlihat gelisah (Padila, 2012).

Diagnosa keperawatan yang ada dalam teori dan tidak muncul pada kasus Tn. HB diantaranya, yang pertama gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan adanya cedera. Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (Nurarif, 2013). Batasan karakteristik *subyektif* mengungkapkan secara verbal atau melaporkan nyeri, obyektif posisi untuk menghindari nyeri, adanya perilaku wajah topeng (nyeri), bukti nyeri dapat diamati (Wilkinson, 2011). Diagnosa tersebut tidak diangkat penulis karena pada saat dilakukan pengkajian pasien sudah tidak mengeluhkan nyeri, saat pengkajian pasien sudah dirawat selama 11 hari.

Diagnosa kedua yang tidak muncul namun terdapat dalam teori yaitu gangguan perubahan eliminasi urine berhubungan dengan kelumpuhan syaraf perkemihan (Padila, 2012). Gangguan eliminasi urine adalah disfungsi pada eliminasi urine (Nurarif, 2013). Batasan karakteristik, *subyektif* yaitu disuria, serta urgensi, *obyektif* sering berkemih, mengalami kesulitan diawal berkemih, inkontinensia (Wilkinson, 2011). Diagnosa ini tidak diangkat oleh penulis, pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 29 Maret 2016 kateter yang mulai dipasang sejak pertama kali masuk rumah sakit telah dilepas pada tanggal 28 Maret 2016, serta pasien sudah mampu melakukan berkemih secara spontan serta tidak mengalami keluhan, namun membutuhkan bantuan oranglain untuk menggunakan pispot.

Diagnosa terakhir yang tidak diangkat oleh penulis dan terdapat pada teori, yaitu gangguan eliminasi alvi atau *konstipasi* berhubungan dengan gangguan persyarafan pada usus dan rektum. Menurut (Nurarif, 2013) konstipasi adalah penurunan pada frekuensi normal defekasi yang disertai oleh kesulitan atau pengeluaran tidak lengkap feses atau pengeluaran feses yang kering, keras, dan banyak. Batasan karakteristik pada diagnosa tersebut *subyektif* pasien mengatakan nyeri pada abdomen, peningkatan tekanan abdomen, mual, nyeri saat defekasi, *obyektif* tampilan atipikal pada lansia (misalnya perubahan status mental, *inkontinensia* urine, jatuh tanpa sebab jelas, peningkatan suhu tubuh), perubahan pola defekasi, feses yang kering, keras, padat (Wilkinson, 2011). Perubahan eliminasi alvi tidak terdapat pada kasus Tn. HB, pada saat pengkajian pasien mampu buang air besar lancar serta tidak ada keluhan.

Berdasarkan data diatas maka penulis hanya akan membahas dan mengangkat diagnosa pertama yaitu pola napas tidak efektif berhubungan dengan kelumpuhan otot diafragma (Wilkinson, 2011) sebagai prioritas utama. Ketidakefektifan pola napas adalah *inspirasi* dan atau *ekspirasi* yang tidak memberi *ventilasi* (Nurarif, 2013). Gejalanya yaitu perubahan ekskursi dada, penurunan tekanan *inspirasi-ekspirasi*, napas cuping hidung, pernapasan bibir mencucu, penggunaan otot bantu pernapasan (Wilkinson, 2011). Penulis menegakkan diagnosa ini karena pada Tn. HB ditemukan data-data pendukung yaitu data *subyektif* pasien mengeluh sesak napas, dan data *obyektif* tekanan darah: 130/90 mmHg, Nadi: 84 kali per menit, *respirasi rate*: 28 kali per menit, nafas dangkal, Suhu: 36,7°C, terpasang oksigen 3 liter per menit, terdapat *whezzing*, mukosa bibir kering, pasien terlihat menggunakan otot bantu pernapasan dalam bernapas, terdapat retraksi dinding dada.

Intervensi keperawatan meliputi penentuan prioritas masalah, tujuan, kriteria hasil, rasional, dari tindakan untuk masing-masing diagnosa. Intervensi yang penulis rumuskan pada prioritas diagnosa pola napas tidak efektif berhubungan dengan kelumpuhan otot diafragma. Tujuan yang ingin dicapai adalah adalah pola napas pasien kembali efektif setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan kriteria hasil secara *subyektif* tidak terdapat *whezzing*, tidak sesak napas, tidak terpasang oksigen, *respirasi rate*: 16-24 kali per menit. Intervensi yang direncanakan oleh penulis adalah intervensi yang pertama kaji fungsi pernapasan dengan rasional mengetahui status kesehatan. Intervensi kedua pantau kecepatan, irama, kedalaman dan upaya bernapas dengan rasional mengetahui status pernapasan. Intervensi ketiga *observasi* warna kulit dengan rasional

mengetahui adanya kegagalan paru. Intervensi keempat ajarkan pasien latihan napas dalam dengan rasional meningkatkan kemampuan pengembangan paru. Intervensi kelima kolaborasi dengan dokter pemberian oksigen dengan rasional metode dipilih sesuai keadaan *insufisiensi* pernapasan (Padila, 2012). Penulis menyimpulkan tidak ada kesenjangan antara intervensi yang ada pada teori dengan yang ada pada kasus.

Dari beberapa intervensi keperawatan tersebut, penulis mencoba mengaplikasikan latihan napas dalam pada kasus Tn. HB dengan harapan pola napas pasien kembali efektif dan pasien tidak mengeluhkan sesak napas. Latihan pernapasan terdiri atas latihan dan praktik pernapasan yang dirancang untuk mencapai ventilasi yang lebih terkontrol dan efisien untuk mengurangi kerja pernapasan. Salah satu latihan pernapasan adalah latihan napas dalam (*deep breathing exercise*) (Smeltzer, et al, 2008). Latihan napas dalam merupakan latihan pernapasan dengan teknik bernapas secara perlahan dan dalam, menggunakan otot diafragma, sehingga memungkinkan *abdomen* terangkat perlahan dan dada mengembang penuh (Dermawan & Jamil, 2013).

Pada kasus Tn. HB dengan diagnosa keperawatan pola napas tidak efektif berhubungan dengan kelumpuhan otot diafragma, maka pemberian latihan napas dalam ini sangat cocok untuk dilakukan hal ini sesuai dengan teori Dermawan & Jamil (2013) yaitu latihan pernapasan adalah untuk memperbaiki fungsi diafragma, memperbaiki mobilisasi sangkar thoraks, serta memperbaiki ventilasi alveoli untuk memperbaiki pertukaran gas tanpa meningkatkan kerja pernapasan. Sesuai hasil penelitian dalam jurnal Liu, et al, (2014) yang menjelaskan bahwa *deep breathing* bertujuan untuk memperbaiki kesalahan dalam bernapas, membangun kembali pola pernapasan yang tepat, mengurangi konsumsi energi saat bernapas, dan meringankan sesak napas. Latihan pernapasan dengan teknik *deep breathing* membantu meningkatkan kapasitas *inspirasi* dan merangsang kerja otot-otot pernapasan seperti yang disampaikan dalam Skripsi Lestari (2015).

Teknik *deep breathing exercise* diantaranya meliputi: 1) mengatur posisi klien dengan *semi fowler/fowler* di tempat tidur atau kursi; 2) meletakkan satu tangan klien di atas *abdomen* (tepat di bawah iga) dan tangan lainnya pada tengah dada untuk merasakan gerakan dada dan *abdomen* saat bernapas; 3) menarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik sampai dada dan *abdomen* terasa terangkat maksimal, jaga mulut tetap tertutup selama *inspirasi*, tahan napas selama 2 detik; 4) menghembuskan napas melalui bibir yang dirapatkan dan sedikit terbuka sambil mengencangkan (*kontraksi*) otot-otot *abdomen* dalam 4 detik; 5) melakukan pengulangan selama 1 menit dengan jeda 2 detik setiap pengulangan, mengikuti dengan periode istirahat 2 menit; 6) melakukan latihan dalam lima siklus selama 15 menit (Smeltzer, et al, 2008). Pada kasus Tn. HB tidak memungkinkan pasien dalam melakukan latihan napas dalam dengan posisi *fowler/semi fowler* hal ini dikarenakan keadaan pasien yang menderita cedera pada servikal. Pasien hanya bisa berbaring ditempat tidur. Pemasangan servikal collar serta *garner wells tongs* merupakan tindakan yang mampu mengurangi sesak napas, karena pemasangan collar serta *gardner wells tongs* mampu mengurangi kompresi atau tekanan, sehingga pasien lebih mudah untuk bernapas (Thomas, 2011). Hal ini sebagai pengganti pada Tn. HB karena pasien tidak mampu untuk melakukan posisi *semi fowler* maupun *fowler* sehingga mampu membantu meningkatkan efektifitas pola napas.

Implementasi keperawatan dilakukan selama 3 hari dimulai sejak tanggal 29 Maret-31 Maret 2016. Penulis dalam menganalisis pemberian napas dalam dengan cara mengajarkan pasien latihan napas dalam sekali dalam sehari selama 3 hari implementasi, namun penulis tetap menganjurkan pasien untuk melakukan latihan napas dalam secara mandiri jika pasien mengeluh sesak napas. Implementasi mulai dilakukan pada tanggal 29 Maret 2016 pukul 07.00 WIB adalah mengkaji tanda-tanda vital pasien dan pernapasan pasien dengan respon pasien mengatakan sesak napas, tekanan darah: 130/90 mmHg, Nadi: 84 kali per menit, *respirasi rate*: 28 kali per menit, napas dangkal, suhu: 36,7°C. Pukul 07.05 WIB adalah mengobservasi warna kulit pasien dengan

respon pasien mengatakan bersedia, warna kulit tubuh pasien tidak pucat atau tidak mengalami sianosis. Pukul 13.20 WIB adalah memberikan oksigen sesuai indikasi dengan respon pasien mengatakan sesak sedikit berkurang, terpasang oksigen 3 liter per menit. Pukul 14.00 menganjurkan pasien dan keluarga apabila sesak bertambah parah untuk memanggil perawat, dengan respon pasien mengatakan bersedia, pasien terlihat kooperatif. Pukul 19.00 WIB adalah mengajarkan pasien latihan napas dalam serta menganjurkan pasien untuk melakukan secara mandiri jika kembali sesak napas, dengan respon pasien mengatakan sesak berkurang, pasien menarik napas melalui hidung dan mengeluarkan melalui mulut.

Tindakan keperawatan yang dilakukan pada tanggal 30 Maret 2016 pukul 07.00 WIB adalah mengobservasi tanda-tanda vital dan pernapasan pasien dengan respon pasien mengatakan masih sesak namun sedikit berkurang, tekanan darah: 130/80 mmHg, Nadi: 84 kali per menit, *respirasi rate*: 24 kali per menit, nafas dangkal, suhu: 36,6°C. Pukul 10.00 WIB adalah memberikan aquades pada oksigen dengan respon pasien mengatakan terimakasih, terpasang oksigen 3 liter per menit dan aquades sesuai batas. Pukul 10.30 WIB adalah mengobservasi warna kulit pasien dengan respon pasien mengatakan bersedia, warna kulit tubuh pasien tidak pucat atau tidak mengalami sianosis. Pukul 13.00 WIB mengajarkan pasien latihan napas dalam serta menganjurkan pasien untuk melakukan secara mandiri jika kembali sesak napas, dengan respon pasien mengatakan sesak sedikit berkurang setelah melakukan napas dalam, pasien menghirup napas melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut. Pukul 17.10 WIB mengobservasi tanda-tanda vital dan pernapasan pasien dengan respon pasien mengatakan masih sesak namun sedikit berkurang, tekanan darah: 120/90 mmHg, Nadi: 82 kali per menit, *respirasi rate*: 24 kali per menit, nafas dangkal, suhu: 36,6°C.

Tindakan keperawatan pada tanggal 31 Maret 2016 pukul 09.00 WIB adalah mengkaji tanda-tanda vital dan pernapasan pasien dengan respon pasien mengatakan sesak hilang timbul jika sesak napas maka segera melakukan napas dalam, tekanan darah: 120/90 mmHg, Nadi: 82 kali per menit, *respirasi rate*: 22 kali per menit, suhu: 36,8°C. Pukul 11.00 WIB adalah mengkaji kembali kemampuan pasien melakukan napas dalam, dengan respon pasien mengatakan bersedia, pasien menarik napas melalui hidung dan membuang melalui mulut. Pukul 11.30 WIB adalah mengobservasi warna kulit pasien dengan respon pasien mengatakan bersedia, warna kulit tubuh pasien tidak pucat atau tidak mengalami sianosis. Pukul 17.00 WIB adalah mengkaji tanda-tanda vital dan pernapasan pasien dengan respon pasien mengatakan sudah tidak sesak napas, tekanan darah: 120/90 mmHg, Nadi: 84 kali per menit, *respirasi rate*: 22 kali per menit, suhu: 36,5°C.

Evaluasi dilaksanakan pada tanggal 1 April 2016 pukul 08.00 WIB, Gambaran umum keadaan pasien diakhir penerapan proses keperawatan didapatkan data *subyektif* pasien mengatakan saat ini sudah tidak sesak napas namun kadang tiba-tiba sesak napas, data *obyektif* didapatkan pasien sudah tidak menggunakan selang kanul oksigen, *respirasi rate*: 20 kali per menit, auskultasi bunyi napas *vesikuler*. Berdasarkan hasil tersebut penulis menyimpulkan bahwa masalah ketidakefektifan pola napas pada Tn. HB teratasi sebagian dengan kriteria hasil: tidak ada keluhan sesak napas, *respirasi rate*: 20 kali per menit. Maka untuk planning intervensi selanjutnya observasi tanda-tanda vital dan kaji pola bernapas, berikan oksigen jika diperlukan, serta anjurkan untuk melakukan napas dalam jika sesak napas.

Hasil yang didapatkan dari pemberian napas dalam pada kasus Tn. HB dengan ketidakefektifan pola napas, yang dilakukan penulis selama 3 hari dinilai sangat berpengaruh dalam memperbaiki pola napas. Hal ini ditunjukkan dengan gambaran umum pada hasil evaluasi yang dilakukan pada 1 April 2016 menunjukkan bahwa angka *respirasi rate*: 20 kali per menit, dalam batas normal (16-24 kali per menit) (Wilkinson, 2011), pasien tidak mengeluhkan sesak napas. Pemberian napas dalam yang dilakukan pada Tn. HB menunjukkan perubahan yang bermakna, hal ini dibuktikan dengan hasil pada hari 2 dan 3 yaitu dari *respirasi rate*: 24 kali per menit menjadi 22 kali

per menit pada hari ketiga pukul 17.00 WIB. *Respiratori rate* kembali turun menjadi 20 kali per menit pada evaluasi yang dilakukan penulis tanggal 1 April 2016 pukul 08.00 WIB. Namun dalam implementasi tidak hanya pemberian napas dalam yang dijadikan sebagai implementasi utama, pemberian tindakan kolaborasi berupa pemberian oksigen juga merupakan implementasi dasar yang selalu digunakan oleh rumah sakit dalam menangani pasien dengan gangguan pola napas. Pada Tn. HB pemberian oksigen dilakukan dengan menggunakan selang kanul dengan tujuan memberikan oksigen dengan konsentrasi relative rendah saat kebutuhan oksigen minimal serta memberikan oksigen yang tidak terputus saat klien makan atau minum (Dermawan & Jamil, 2013).

Pengkajian tanda-tanda vital dan pola pernapasan pasien selalu dilakukan oleh penulis selama 3 hari implementasi keperawatan. Hal ini Sesuai dengan teori Ignatavicius & Workman (2006) pemeriksaan pola napas dari waktu ke waktu merupakan peran monitoring perawat untuk mengevaluasi pencapaian perbaikan kondisi klien selama menjalani perawatan, diantaranya keluhan sesak napas. Menurut Smeltzer, et al (2008) mengatakan bahwa untuk menguji kemampuan pasien dalam bernapas adalah hal yang mudah untuk dikaji di tempat tidur dengan mengukur frekuensi pernapasan, volume tidal, ventilasi satu menit, kapasitas vital, inspirasi kuat, dan kompiens. Pemantauan sianosis juga dilakukan penulis dalam 3 hari implementasi keperawatan. Pengkajian sianosis dipengaruhi oleh pencahayaan ruangan, warna kulit pasien, dan jarak pembuluh darah dari permukaan kulit pasien (Smeltzer, et al, 2008). Tanda sianosis dapat menentukan oksigenasi dalam darah, namun pada pasien Tn. HB selama dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari tidak didapatkan sianosis. Pasien anemik jarang menunjukkan sianosis, dan pasien polisistemik menunjukkan sianosis bahkan jika teroksigenasi dengan cukup sekalipun. Adanya sianosis bukan suatu tanda hipoksia yang dapat diandalkan.

Hasil evaluasi menunjukkan tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan, pasien bernapas dengan spontan tidak ada retraksi dinding dada ataupun cuping hidung. *Deep breathing* (napas dalam) akan mengatur frekuensi dan pola napas sehingga mengurangi air trapping (Dermawan & Jamil, 2013). Vertebra servikalis beberapa segmen servikal mendistribusikan saraf spinal yang tergabung dalam pleksus kardiak yang terutama berperan pada kontrol otonom kardiovaskular dan pernapasan sehingga memungkinkan terjadinya henti jantung dan henti napas. Kelemahan otot pernapasan pada pasien dengan cedera servikal menyebabkan ketidakmampuan melakukan inspirasi secara optimal, sehingga pemenuhan oksigen menurun. Kesenjangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dapat diatasi dengan melatih otot inspirator melalui latihan napas dalam. Menurut (Smeltzer, et al, 2008) dengan meningkatkan kekuatan dan ketahanan otot inspirator akan memperlambat kelelahan otot pernapasan dan dyspneu.

Menurut penelitian yang dilakukan dalam Skripsi Rosmawati (2014) pada pasien dengan penyakit Tuberculosis dengan keluhan sesak napas jika pasien kelelahan, latihan napas dalam yang dilakukan selama 6 kali terapi dapat menurunkan sesak napas serta dapat meningkatkan ekspansi thoraks. Sementara itu dalam jurnal Priyanto (2010) latihan napas dalam yang dilakukan pada pasien pasca ventilasi mekanik sangat efektif untuk memperbaiki pola pernapasan pada hari ke-4 dan ke-5. Didalamnya juga dijelaskan bahwa latihan napas dalam yang dilakukan secara terus menerus merupakan kegiatan yang terpolat antara kontrol pusat pernapasan dengan kombinasi kemampuan kerja otot pernapasan, struktur rangka dada, serta compliance paru sehingga dapat menghasilkan adaptasi terhadap ritme dan kecepatan pernapasan. Sedangkan penelitian yang dilakukan dalam Skripsi Lestari (2015) pada pasien dengan penyakit paru obstruksi kronik (PPOK) dengan keluhan kesulitan untuk mengeluarkan sputum dalam 3 hari latihan napas dalam diperoleh hasil yang menyatakan bahwa adanya manfaat dari tindakan yang dilakukan dibuktikan dengan adanya kontrol pernapasan yang lebih baik, sputum mampu keluar, derajat sesak napas menurun, serta mobilisasi sangkar torak yang lebih baik. Namun pada penelitian yang penulis lakukan pada kasus Tn. HB, pemberian latihan napas dalam pada hari ke-2 dan ke-3 sudah menunjukkan perubahan yang sangat

bermakna dibuktikan dengan adanya penurunan *respirasi rate*. Hal ini menunjukkan bahwa adanya perbedaan pada hasil penelitian yang dilakukan oleh penulis dengan penelitian-penelitian sebelumnya, namun semuanya mampu untuk memberikan manfaat yang sama pada setiap kasus yang berbeda.

Pola pernapasan tertentu menjadi karakteristik dari keadaan penyakit yang spesifik, mengamati dan mendokumentasikan irama pernapasan dan penyimpangan dari keadaan normal merupakan fungsi keperawatan yang penting (Smeltzer, et al, 2008). Di rumah sakit tempat dilakukan penelitian ini, peran perawat terhadap monitoring tanda-tanda vital serta pengkajian pernapasan pada pasien dengan gangguan pola napas jarang dilakukan dan dianggap tidak penting dan kurang efektif, perawat hanya mengandalkan dengan pemberian oksigen yang dianggap lebih efektif untuk pasien dengan gangguan pola pernapasan tanpa adanya pengkajian *respiratori rate* dan penggunaan otot bantu pernapasan. Latihan pernapasan mampu meningkatkan volume tidal serta mengurangi *respirasi rate* (Danielle, et al, 2014), serta dapat meningkatkan kemampuan otot inspirator, seperti yang telah dikembangkan dalam penelitian Rosmawati (2014), Lestari (2015), Priyanto (2010), dan penelitian ini.

Beberapa keterbatasan yang ditemui selama proses penelitian ini meliputi: tidak menggunakan AGD (analisa gas darah), menurut Padila (2012) analisa gas darah mampu menunjukkan keefektifan pertukaran gas dan upaya ventilasi, pemantauan AGD ini tidak dilakukan karena keterbatasan pembiayaan dan waktu. Tidak melakukan posisi *semi fowler/fowler* pada pasien dikarenakan kondisi pasien yang mengalami cedera servikal yang tidak memungkinkan untuk dilakukan posisi *semi fowler* ataupun *fowler*, pasien hanya mampu dalam posisi berbaring. Hasil dari penelitian ini menjadi salah satu acuan untuk memberikan asuhan keperawatan serta meningkatkan standart berupa pelayanan keperawatan secara profesional melalui penerapan latihan napas dalam. Hasil penelitian ini mampu meningkatkan kemandirian perawat dalam mengelola pasien dengan gangguan pola pernapasan. Hasil penelitian ini dapat dijadikan acuan terbaru dalam aplikasi ilmu keperawatan namun tetap mempertimbangkan keterbatasannya. Hasil penelitian ini sebagai acuan dalam pengembangan teori dan praktik yang saling berkesinambungan.

4. PENUTUP

Dalam bab ini penulis mencoba menguraikan tentang kesimpulan dan saran yang menyajikan ringkasan dari uraian mengenai hasil dan pembahasan dari penelitian yang telah dilakukan pada Tn. HB dengan ketidakefektifan pola napas pada fraktur dislokasi cervical V-VI:

a. Kesimpulan

- 1) Pengkajian didapatkan data subyektif pasien mengeluh sesak napas, Pasien mengeluh kaki terasa baal dan lemah, pasien mengatakan tidak bisa beraktivitas sendiri, aktivitas sehari-hari dibantu oleh perawat dan istri. Pasien mengeluh sakit (perih) dibagian punggung karena lecet. Pasien mengatakan nafsu makan menurun karena kesusahan dalam menelan. Pasien juga mengatakan cemas, tidur sering terbangun karena memikirkan sesuatu tentang penyakitnya.
- 2) Diagnosa yang dapat ditegakkan pola napas tidak efektif berhubungan dengan kelumpuhan otot diafragma, hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan, kerusakan integritas kulit berhubungan dengan tirah baring lama, resiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, ansietas berhubungan dengan prognosis penyakit. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan kelumpuhan otot diafragma dijadikan sebagai prioritas utama pada kasus Tn. HB.
- 3) Intervensi keperawatan yang akan dilakukan pada prioritas diagnosa keperawatan kasus Tn.HB yaitu dengan mengaplikasikan pemberian latihan napas dalam selama 3x24 jam, selanjutnya implementasi dilakukan sejak tanggal 29 Maret 2016- 31 April 2016.

- 4) Evaluasi dari hasil pemberian napas dalam pada kasus Tn. HB dengan ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan kelumpuhan otot diafragma, yang dilakukan penulis selama 3 hari dinilai sangat berpengaruh dalam memperbaiki pola napas. Hal ini ditunjukkan dengan gambaran umum pada hasil evaluasi yang dilakukan pada 1 April 2016 menunjukkan bahwa angka *respiratori rate*: 20 kali per menit, dalam batas normal (16-24 kali per menit), pasien tidak mengeluhkan sesak napas.

b. Saran

- 1) Bagi perawat

Sebagai seorang perawat yang profesional diharapkan mampu memberikan pelayanan yang baik pada pasien diantaranya untuk dapat mengkaji lebih dalam tentang pola pernapasan serta tanda-tanda vital sebelum dilakukan suatu tindakan, serta bersedia untuk mengaplikasikan latihan pemberian napas dalam pada pasien. Perawat juga harus saling bekerjasama dengan tim kesehatan lainnya dalam merawat pasien pada fraktur dislokasi cervical dengan gangguan ketidakefektifan pola napas.

- 2) Bagi keluarga dan pasien

Pasien dan keluarga mampu memberikan data dengan sebenar-benarnya sehingga tidak terjadi ketidaksinkronan pada hasil pengkajian yang didapat. Pasien mampu melakukan latihan napas dalam secara mandiri.

- 3) Bagi instansi pendidikan

Diharapkan instansi memperbanyak buku-buku yang dijadikan acuan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan cedera cervical dengan penerbitan tahun yang terbaru. Sehingga penulis tidak akan mengalami kesulitan dalam mencari literatur yang dijadikan acuan dalam penulisan karya ilmiah.

DAFTAR PUSTAKA

- Angela. B. 2008. *Nyeri Leher dan punggung*. Departemen Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi, Fakultas Kedokteran, Volum 58, No. 5
- Danielle. S. et all. 2014. *Breathing Exercises: Influence On Breathing Patterns and Thoracoabdominal Motion in Healthy Subjects*. Brazillian Journal of Physical Therapy. Volume 18, No. 6
- Departemen kesehatan republik indonesia. 2008. *Riset kesehatan dasar (Riskesdas) 2007*. Jakarta: BPPK Depkes RI
- Deden, D & Jamil, MA. 2013. *Ketrampilan Dasar Keperawatan (Konsep dan Prosedur)*. Yogyakarta: Gosyen Publishing
- Digiulla, Mary. 2014. *Keperawatan Medikal Bedah. Ed.1*. Yogyakarta: Rapha Publishing
- Ignatavicius, D.D. & Workman, M.L. 2006. *Medical surgical nursing ; criticalthinking for collaborative care; fifth edition, volume 2, Elsevier Saunders*. Westline Industrial Drive: St. Louis, Missouri
- Lestari, RI. 2015. “*Manfaat Active Cycle Of Breathing Technique (ACBT) Bagi Penderita Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK)*”. Skripsi. Surakarta: Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Surakarta
- Lukman, NN. 2013. *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal*. Jakarta: Salemba Medika
- Muttaqin, Arif. 2011. *Buku saku gangguan muskuloskeletal: aplikasi pada praktik klinik keperawatan*. Jakarta: EGC
- MZ, Arifn & Jefri H. 2013. *Functional Independence Measure Penderita Cedera Servikal*. Volume 45, No. 3
- Nayduch, Donna. 2014. *Nurse to Nurse perawatan Trauma Trauma Care*. Jakarta: Salemba Medika
- Helmi, ZN. 2012. *Buku Ajar Gangguan Muskuloskeletal*. Jakarta: Salemba Medika
- Nurarif, AH., Kusuma Hardhi. 2013. *Aplikasi Asuhan Keperawatan berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA NIC-NOC*. Yogyakarta: Mediacion Publishing
- Padila. 2012. *Buku ajar: Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Priyanto. 2011. *Peningkatan Fungsi Ventilasi Oksigen Paru pada Klien Pasca Ventilasi Mekanik dengan Deep Breathing Exercise*. Jurnal keperawatan Indonesia. Volume 14, No. 1
- Rosmawati, EN. 2014. *Penatalaksanaan Fisioterapi pada Syndrome Obstruksi Post Tuberculosis (SPOT) di RS Paru Dr Ario Wirawata*. Skripsi. Surakarta: Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Surakarta
- Smeltzer SC, Bare BG, Hincle JI, Cheever KH. 2008. *Textbook of Medical Nursing: brunner and suddart. 7th Ed*. Lippincott Williams and Wilkins, a Wolter Kluwer Bussiness
- Thomas, Mark. 2011. *Terapi dan rehabilitasi fraktur*. Jakarta: Buku kedokteran EGC
- Wardani, Mujiati A. 2013. *Edukasi latihan rentang pergerakan sendi pada pasien fraktur kompresi lumbal post dekompresi dan stabilisasi*. Karya ilmiah akhir. Depok: Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Indonesia
- Wei, Liu, et All. 2013. *Breathing Exercises Improve Post-Operative Pulmonary Function and Quality of Life in Patients with Lung Cancer: A Meta-Analysis*. Departments Of General Surgery, Nursing and Cardiology The fourth Affiliated hospital of China Medical University, Shenyang, Liaoning. Volume 5, No. 19
- Wilkinson, Judith. 2011. *Buku Saku Diagnosis Keperawatan, Edisi 9*. Jakarta: EGC

PERSANTUNAN

Sebagai ungkapan syukur dan rasa terima kasih dengan kerendahan hati publikasi ilmiah ini penulis persembahkan kepada:

1. Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan Rahmat dan HidayatNya atas kesehatan, kemudahan dan pertolongan sehingga Naskah Publikasi ini dapat penulis selesaikan
2. Kedua orangtua, serta kakak-kakak saya yang telah memberikan semangat serta mendo'akan saya dalam menyusun serta menyelesaikan naskah publikasi
3. Prof. Dr. Bambang Setiaji, selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Surakarta
4. Dr. Suwaji, M.Kes, selaku Dekan Universitas Muhammadiyah Surakarta
5. Arina Maliya, S.Kep., M.Si.Med, selaku pembimbing akademik yang telah banyak memberikan saran dan bimbingan selama kuliah
6. Fahrur Nur Rosyid S. Kep., Ns., M.Kes., selaku pembimbing KTI yang telah banyak membantu serta membimbing dalam penyusunan naskah publikasi ini
7. Teman-teman angkatan tahun 2013 yang telah sama-sama memberikan motivasi serta kebersamaan selama kuliah
8. Teman-teman kos Ratnasari, terutama Nurits Tsurayya terima kasih telah memberikan motivasi, keceriaan, serta membagi ilmu selama menyusun tugas akhir ini
9. Almamaterku DIII Universitas Muhammadiyah Surakarta.